

# 国民健康保険被保険者等 住所・氏名変更届

決 裁	事務長	次長	課長	係長	担当

※ 現在ご使用の**被保険者証等**※(変更をする方全員分)と**世帯全員分の住民票**(3か月以内のもの)を必ず添付してください。(添付がない場合は変更手続きができません。)

- ・ 70歳以上の方で、「高齢受給者証」をお持ちの方は、併せてご提出ください。
- ・ 75歳以上の方は、「後期高齢者組合員証」を提出してください。

記号	番 号						受付番号
32							
変更前住所							
変更前氏名	※変更がある方全員分のお名前を記入してください。						
変更後住所	<input type="checkbox"/> 同上						
変更後氏名	<input type="checkbox"/> 同上						
変更年月日(転居日)	年 月 日						
<p>上記のとおり <b>被保険者証等</b>※(変更をする分)及び<b>世帯全員分の住民票</b>(3か月以内の個人番号の記載がないもの)を添えてお届けいたします。</p> <p>記入日 年 月 日 〒 ー</p> <p>組合員 (変更後の住所・氏名) 住 所 (フリガナ) 氏 名 <span style="float: right;">(印)</span></p> <p>電話番号</p> <p>神奈川県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>							

※ **被保険者証等…被保険者証・資格確認書・資格情報のお知らせ**

- ・ 住所及び氏名の変更のある方全員分のマイナンバー(個人番号)を裏面にご記入ください。
- ・ 送付先に指定がない場合は、診療所宛に資格確認書または資格情報のお知らせをお送りいたします。

被保険者証等回収日	データ処理日	被保険者証等処理日	
			<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ

- 住所及び氏名の変更のある方全員分のマイナンバー（個人番号）をご記入ください。

氏 名	マイナンバー

氏 名	マイナンバー

氏 名	マイナンバー

氏 名	マイナンバー

氏 名	マイナンバー

氏 名	マイナンバー